



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



ANEXO I

Solicitud Subvención 2.017

1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

NOMBRE DE LA ENTIDAD		C.I.F.
DOMICILIO		LOCALIDAD
CODIGO POSTAL	TELEFONO	FAX
E-mail:		

2. DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDOS Y NOMBRE	N.I.F
TITULO DE REPRESENTACION	

3. DATOS BANCARIOS

BANCO/CAJA	SUCURSAL
CÓDIGO IBAN	

4. LÍNEA DE SUBVENCIÓN (PROGRAMA) POR LA QUE SE SOLICITA LA AYUDA

DENOMINACIÓN	IMPORTE SOLICITADO
--------------	--------------------

Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Unión Europea

**5.- Para el Programa 1:
DATOS DEL CONTRATO**

Categoría Laboral	Periodo de Contratación	Coste total del contrato desglosado (salario+SS+extras+indemnización):	Jornada labora	Municipio donde se desarrolla la actividad

6.- Para el programa 2:

Subprograma 2.1 (Adjuntar detalle de las partidas para las que se solicita subvención):

- ☐ Empresa de nueva creación (de 1 a 3 años)
- ☐ Empresa de más de tres años.

a) Solicita Subvención de contrataciones:

Categoría Laboral	Periodo de Contratación	Coste total del contrato desglosado (salario+SS+extras+indemnización):	Jornada labora	Municipio donde se desarrolla la actividad

b) Solicita subvención para apoyo técnico. Importe:

c) Solicita subvención para gastos relacionados con el desarrollo de la actividad. Importe:

Subprograma 2.2 (Centros Especiales de Empleo).



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



**Nº de contratos indefinidos de nueva creación que supongan
aumento de la plantilla del CEE, para los que se solicita subvención:**

7.- Para el Programa 3.-

Fecha de alta en el RETA:

Cantidad solicitada:

8.- Para el Programa 4.1.-

Área/as de Salud para las que se solicita subvención:

**Adjuntar Programa, con justificación de los criterios necesarios para
su valoración.**

**Indicar si sólo se solicita el reconocimiento como Entidad
Colaboradora.**

SEÑALAR LOS DOCUMENTOS QUE SE APORTAN:

- ☐ Nº NIF o CIF BENEFICIARIO
- ☐ ESCRITURA
- ☐ INSCRIPCIÓN REGISTRAL ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS O COPIA SOLICITUD
AUTORIZACION FUNCIONAMIENTO
- ☐ REPRESENTACIÓN CON nº NIF
- ☐ ACREDITACIÓN IMPLANTACIÓN EN ÁREA DE SALUD
- ☐ CERTIFICADO BANCARIO DE TITULARIDAD CON IBAN
- ☐ ACREDITACIÓN DE PORCENTAJES DE PLANTILLA
- ☐ ANEXO II - RELACIÓN DE SUBVENCIONES CONCORDANTES CONCEDIDAS O SOLICITADAS A



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



OTROS ORGANISMOS PARA EL MISMO AÑO.

- ☐ ANEXO III – Artº 13 Ley General de Subvenciones
- ☐ ANEXO IV - DECLARACIÓN DE MINIMIS
- ☐ ANEXO V - DECLARACIÓN RESPONSABLE:
 - DE NO ESTAR SANCIONADAS RDL 5/2000 LEY SOBRE INFRACCIONES Y SANCIONES EN EL ORDEN SOCIAL
 - DE NO RESCINDIR CONTRATOS
 - DE AUSENCIA DE PARENTESCO
 - DE APOYO AL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA CONTRATADA

☐ MEMORIA

☐ OTROS

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados en esta solicitud y en los documentos aportados electrónicamente.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de Octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales y demás requisitos necesarios para la resolución de esta subvención, que se relacionan:

Datos de Identidad, Certificación acreditativa de estar al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias con la CARM, Certificado de estar al corriente de pago con la Seguridad Social y Certificado de estar al corriente de las obligaciones tributarias en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Unión Europea



En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:

- ☐ No autorizo al órgano administrativo para que consulten los datos de Identidad.
- ☐ No autorizo al órgano administrativo para que consulte la acreditación de estar al corriente de pago con la Seguridad Social.
- ☐ No autorizo al órgano administrativo para que consulte la acreditación de estar al corriente de las obligaciones tributarias en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.
- ☐ No autorizo al órgano administrativo para que consulte la acreditación de estar al corriente de las obligaciones tributarias con la CARM.

EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACION A LA ADMINISTRACION, QUEDO OBLIGADO A APORTAR PERSONALMENTE LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.

Murcia, a de de 20__ .

EL/LA REPRESENTANTE.

Fdo.: _____

AUTORIZACIÓN [1] EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Marcar una X para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal.

☐ Autorizo

a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud.

A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitado por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es/> en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



Asimismo autorizo a la DG/SG a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la dirección de correo

_____ y/o vía SMS al nº de teléfono móvil
_____.

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.

2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.

En nombre de la citada Entidad,

SOLICITA:

Que le sea concedida la subvención, por importe de€.

En Murcia, a de de 20__.

Fdo.: El/la representante.

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SMS.-



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



ANEXO II (RELACIÓN DE SUBVENCIONES)

Declaración de la Entidad Solicitante

D/Dña. _____

representante de la entidad solicitante _____

DECLARA:

Que por parte de la entidad (tachar lo que proceda):

- ☐ Que no se han solicitado otras ayudas para la misma actividad en el presente ejercicio presupuestario.
- ☐ Que se han solicitado otras ayudas en el presente ejercicio presupuestario (especificar la entidad, cuantía y si ha sido concedida).

.....
.....
.....

Murcia, a de de 20__ .

EL/LA REPRESENTANTE.

Fdo.: _____



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



ANEXO III

Modelo Declaración Responsable artº 13 y custodia documentos

D/Dña. _____

Representante de la entidad solicitante

NIF representante _____

DECLARO:

No estar incurso en las prohibiciones a que se refiere el artículo 13 apartados 1, 2 y 3 de la Ley 38/2003, General de Subvenciones, para obtener la condición de beneficiario, y en concreto, estar al corriente de las obligaciones tributarias con el Estado, con la Comunidad Autónoma y frente a la Seguridad Social, debiendo cumplir estos requisitos hasta la finalización de la ejecución del proyecto objeto de subvención.

De igual forma, por la presente Declaración, se manifiesta el compromiso de custodiar la documentación justificativa original de los diferentes gastos contemplados en las actividades que han sido objeto de subvención del SMS, y aportarla cuando sea requerida para su revisión y control de la justificación de la subvención, y en su caso, por la Intervención General en el marco de sus actuaciones de Control Financiero, y por el Tribunal de Cuentas para las actuaciones previstas en su legislación específica, en relación con las subvenciones concedidas.

Murcia.....de.....de .20__ .

EL/LA REPRESENTANTE

Fdo.: _____



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



ANEXO IV

Declaración de MINIMIS

Declaración Anual de Ayudas Públicas Sujetas Régimen Minimis

DATOS DE LA EMPRESA BENEFICIARIA

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

NIF: _____, Como APODERADO DE LA EMPRESA:

CIF: _____, DOMICILIO:

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA:

CP: _____ TELÉFONO: e-mail:

CÓDIGO CNAE: _____ (4 dígitos) Nº DE EMPLEADOS:

DECLARA

☐ Que NO ha obtenido, ningún tipo de ayuda de las Administraciones Públicas españolas y/o comunitarias, sujetas al régimen de minimis en los últimos tres años.

☐ Que SI ha obtenido las siguientes ayudas de las Administraciones Públicas españolas ó comunitarias sujetas al régimen de minimis en los últimos tres años, siendo éstas las que figuran a continuación:

ORGANISMO CONCEDENTE

OBJETO DE LA AYUDA

IMPORTE DE LA AYUDA (€) P/S*

* Se debe poner P si la ayuda es un Préstamo y S si es una Subvención

Asimismo, declara conocer el carácter de minimis de la ayuda que en su caso obtenga con la presente solicitud y se compromete a no recibir individual o acumuladamente, ayudas con el mismo carácter de minimis en un periodo de tres años a partir de la fecha de concesión que superen el límite de los 200.000 € y de 100.000 € en el caso de empresas que operen en el sector de transporte por carretera, en subvenciones o en subvenciones equivalentes para el caso de los préstamos. El presente programa se rige y ampara en el reglamento CE Nº 1998/2006 de la Comisión, de 15 de diciembre de 2006, relativo a la aplicación de los artículos 87 y 88 del tratado CE de ayudas a minimis, publicado en el DOUE de 28 de diciembre de 2006 (L379/5 a L379/10)

En _____ a ____ de _____ de _____

(Firma y sello del solicitante)



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



Unión Europea



ANEXOV

Modelo Declaración Responsable.

D/Dña. _____

Representante de la entidad solicitante

NIF representante _____

DECLARO:

1.-Que la Empresa/Asociación que represento no ha sido sancionada por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

2.- Que no tengo vínculos de parentesco por consanguinidad o afinidad, en línea recta hasta el segundo grado inclusive y en línea colateral hasta el cuarto grado inclusive, con el trabajador propuesto, ni éste con ninguno de los miembros de mi Núcleo Familiar beneficiado.

3.-Que para la contratación del trabajador propuesto la Empresa/Asociación que represento, no rescinde ningún contrato de trabajo de la plantilla.

4.- Que se apoyará el proceso de integración social de la persona contratada, colaborando con los servicios de tratamiento y seguimiento que tienen la responsabilidad del proceso del beneficiario.

Murcia.....de.....de 20__.

EL/LA REPRESENTANTE

Fdo.: _____